

指定通所介護
社会福祉法人依田窪福祉会
デイサービスセンター「長門」

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(長野県指定 第2072200286号)

当事業所はご利用者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

| | | |
|-----|--------------------|----|
| 1. | 事業者 | 2 |
| 2. | 事業所の概要 | 2 |
| 3. | 事業実施地域およびサービス提供 | 3 |
| 4. | 職員の配置状況 | 3 |
| 5. | 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 4 |
| 6. | 苦情の受付について | 8 |
| 7. | 第三者による評価の実施状況 | 9 |
| 8. | 緊急時の対応方法について | 9 |
| 9. | 非常災害対策について | 9 |
| 10. | 事業継続計画について | 9 |
| 11. | 虐待防止対策について | 10 |
| 12. | 身体的拘束の適正化について | 10 |
| 13. | 衛生管理について | 10 |
| 14. | ハラスメント対策につて | 10 |
| 15. | 個人情報の保護について | 10 |

1. 事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 依田窪福社会
(2)法人所在地 長野県上田市下武石776番地1
(3)電話番号 0268-85-2202
(4)代表者氏名 理事長 吉池順一
(5)設立年月日 平成8年6月6日

2. 事業所の概要

(1)事業所の種類

指定通所介護事業所・平成13年4月1日指定 長野県 2072200286 号
※依田窪福社会が事業主となり、長和町に当事業所および各事業所を置いています。

(2)事業所の目的

介護保険法令の趣旨に従い、利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るよう支援します。

(3)事業所の名称

本体事業所 デイサービスセンター長門

(4)事業所の所在地

本体事業所 長野県小県郡長和町古町3365番地7

(5)電話番号

0268-68-0226

(6)事業所長(管理者)

氏名 児島 八重子

(7)当事業所の運営方針

利用者等の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう必要な日常生活上の世話および機能訓練を行なうことにより、社会的孤立感の解消および心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図り、事業の実施にあたっては、関係市町村、指定居宅介護支援事業者、地域の保険・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的サービスの提供に努めます。

(8)開設年月日

平成13年4月1日

(9)単位ごとの利用定員

本体事業所 通常規模 一般型 月曜日から土曜日 25人

(10)事業所が行なっている他の業務

当事業所では、次の業務も併せて行なっています。

[Ⅰ]デイサービスセンター長門

指定介護予防通所介護 長野県2072200286号

[Ⅱ]福祉有償運送事業 北長福第42号 (長和町)

3. 事業実施地域、営業日およびサービス提供時間

(1)通常の事業実施地域 長和町・上田市武石地域・丸子地域

(※通常の実施地域以外の方もご希望の場合はご相談ください)

(2)営業日およびサービス提供時間

| | |
|----------|--|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| サービス提供時間 | 8時30分～17時30分 但し、利用者又は家族の希望により、介護計画外の延長利用については、料金が発生する場合があります。 |
| 休業日 | 日曜日・年末年始 12月31日から1月2日 及び事業所が指定する日 |

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービスおよび指定介護予防通所介護サービスを提供する職員として、以下の種類の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

※職員の配置基準については、指定基準を遵守しています。

| 職 種 | 指定基準 | 常勤換算 | 介護 福祉士 | 勤続 3年以上 |
|---------------------|------|------|-----------|------------|
| 1. 管理者 (生活相談員と兼務) | 1名 | 1名 | 1名 | 1名 |
| 2. 生活相談員(介護職員と兼務) | 1名 | 1名以上 | 1名 | 1名 |
| 3. 看護職員 (機能訓練指導員兼務) | 1名 | 1名以上 | - | 2名 |
| 4. 介護職員 | 3名 | 3名以上 | 3名 | 4名 |
| 5. 運転手 | 必要数 | 必要数 | — | |

(令和8年4月1日現在)

<主な職種の勤務体制>

| 職種 | 勤務体制 |
|------------|---|
| 1. 生活相談員 | 勤務時間 職員配置基準に準じて勤務。 ☆原則として1名の生活相談員が勤務します。 |
| 2. 看護職員 | 勤務時間 職員配置基準に準じて勤務。 ☆原則として1名の看護師が勤務します。 |
| 3. 介護職員 | 勤務時間 職員配置基準に準じて勤務。 ☆利用者15名までは1名、その後は利用者5名増すごとに1名の職員が勤務します。 |
| 4. 機能訓練指導員 | 勤務時間 職員配置基準に準じて勤務。 |

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。
当事業所が提供するサービスについて、

- (1)利用料金が介護保険から給付される場合
- (2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1)介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照)*

〈サービス利用料金(1回あたり)〉(契約書第6条参照)*

利用時間と利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。【表1】参照

1日の利用料

*基本報酬のサービス提供時間区分が1時間ごとになります。

通所介護基本報酬単位数について

【表1】 単位:円

| 時 間 介護度 | 3時間以上 4時間未満 | 4時間以上 5時間未満 | 5時間以上 6時間未満 | 6時間以上 7時間未満 | 7時間以上 8時間未満 | 8時間以上 9時間未満 |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 要介護1 | 370 | 388 | 570 | 584 | 658 |
| 要介護2 | 423 | 444 | 673 | 689 | 777 | 791 |
| 要介護3 | 479 | 502 | 777 | 796 | 900 | 915 |
| 要介護4 | 533 | 560 | 880 | 901 | 1023 | 1041 |
| 要介護5 | 588 | 617 | 984 | 1008 | 1148 | 1168 |

上記表は厚生労働省告示の指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準に基づいています。

* 利用時間が2時間以上3時間未満の場合は【表1】の要介護度に応じた利用料金の70%をご請求させていただきます。

*上の金額は、1割負担の金額です。ご利用者の負担割合で、自己負担額が2割・3割の方がいます。

☆ 以下のサービスについては、上記のサービス利用料金に含まれています。

①送迎

・デイサービスへのお迎えと、自宅へのお送りを行います。身体状況に応じてリフト車両も、ご利用いただけます。事業所が送迎を実施しない場合は介護報酬の減算(負担額が1割の場合:▲47円)対象となります。

②食事の介護

- ・当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)12:00~13:00

③排泄の介護

- ・利用者の排泄の介助をします。

〈サービス利用料金に含まれないその他の加算対象サービス〉

☆ ご希望により実施するサービス(加算対象サービス)となります。利用の際には加算額の自己負担分を負担していただきます

- ☆ 加算対象サービスは、利用するサービスの種類や実施日、実施内容等について、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

| 加 算 | 利用料 (1割負担) | 算定回数等 |
|--|---------------|-----------------------------|
| 入浴介助加算(Ⅰ) | 40円 | 1日につき |
| 入浴介助加算(Ⅱ) | 55円 | 1日につき |
| 中重度者ケア体制加算 | 45円 | 1日につき |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100円 | 1回につき 3ヶ月に1回を限度とする |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200円 | 1月につき(個別機能訓練加算算定の場合は100円) |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ | 56円 | 一日につき |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ | 76円 | |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 20円 | 1月につき |
| ADL維持等加算(Ⅰ) | 30円 | 1月につき |
| ADL維持等加算(Ⅱ) | 60円 | 1月につき |
| 認知症加算 | 60円 | 1日につき |
| 栄養改善加算 | 200円 | 3ヶ月に1月2回を限度とする |
| 栄養アセスメント加算 | 50円 | 1月につき |
| 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(Ⅰ) | 20円 | 1回につき |
| 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ(Ⅱ) | 5円 | |
| 口腔機能向上加算Ⅰ | 150円 | 1回につき |
| 口腔機能向上加算Ⅱ | 160円 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 40円 | 1月につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22円 | 1回につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18円 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6円 | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ | 12.0% | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に乗じる。 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ | 11.8% | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 9.9% | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 8.3% | |
| 感染症または災害発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算 | 3% | 利用者数が減少した月の翌々月から最大6か月。 |

- ※ 入浴介助加算は、入浴中の利用者の観察を含む入浴介助を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い算定します。
- ※ 中重度者ケア体制加算は、中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続を目指したケアを計画的に実施できる体制を整えている場合に算定します。
- ※ 生活機能向上連携加算は、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション事業所もしくは医療提供施設の理学療法士等が当事業所を訪問し、当事業所の機能訓練指導員等と共同で利用者の状況の評価及び個別機能訓練計画を作成し、これに基づいた機能訓練を提供した場合に算定します。また計画の進捗状況は3月ごとに評価し、必要に応じて訓練の内容等を見直します。
- ※ 個別機能訓練加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定通所介護の理学療法士等が多種共同にて個別機能訓練計画を作成し計画的に機能訓練を行っている場合に算定します。
- ※ ADL維持等加算は、一定期間に当事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に算定します。
- ※ 認知症加算は、認知症の利用者に認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施する体制を整えている場合に算定します。
- ※ 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔内の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行い、担当する介護支援専門員に健康状態・栄養状態に関する情報提供を行った場合に算定します。
- ※ 栄養改善加算は、低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して、改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理利用者の心身の状態を維持又は向上させる栄養改善サービスを行った場合に算定します。
- ※ 栄養アセスメント加算は、管理栄養士が介護職員と共同して栄養アセスメントを行った場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定通所介護事業所が利用者に対して通所介護を行った場合に算定します。
- ※ 口腔機能向上加算は、口腔機能改善管理指導計画を作成し、個別で口腔内清掃の指導や摂食、嚥下機能に関する訓練などの適切な指導を実施した場合に算定します。
- ※ 科学的介護推進体制加算は、厚生労働省が運用する情報システムに基本情報やケア内容、利用者の状態をデータとして提出し、全国から同様に集められたデータから分析してケアの質の向上につなげていくシステムを活用する場合で算定します。
- ※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。区分支給限度基準額の対象外となります。
- ※ 感染症または災害の発生が理由で、利用者数が減少(当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも5%以上減少)した場合に算定します。(最長6か月)
- ※ 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。要支援または要介護認定を受けた後、自己負担

額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行なう為に必要となる事を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)*
介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の自己負担額を変更します。

(2)介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第6条参照)*

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事の提供に要する費用

利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

1回あたり 820円

(おやつ代 70円・飲み物代 50円含む)

② 通常の事業実施区域以外への送迎

通常の事業の実施地域以外にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用され、且つ送迎サービスを利用される場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点からお住まいまでの間の送迎費用として、下記の料金をいただきます。

1km・・・30円

③ レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

個人による場合:材料等の実費をいただきます。

集団による場合:参加された方より月額 100円を頂きます。

④ 介護保険対応時間を超えてのサービス利用料金

当事業所は実施しておりません。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。

| | |
|----------------|------------------|
| 紙おむつ代 : 165円/枚 | 紙リハビリパンツ: 132円/枚 |
| 尿とりパット: 55円/枚 | 連絡ノート : 165円/冊 |
| 洗濯 : 220円/回 | カミソリ替刃 : 220円/個 |
| 歯ブラシ : 110円/個 | うがいコップ : 110円/個 |

※上記以外で必要となる物品があった場合、実費を負担いただきます。

⑥ 複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

| | |
|-------------|-----|
| コピー代 :1枚につき | 10円 |
| 写真焼増代:1枚につき | 30円 |

☆ 経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行なう2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

毎月10日過ぎに前月分の請求をいたします。翌月20日に以下いずれかの方法でお支払い下さい。但し、当日が金融機関の休業日に当たるときは、翌営業日とします。

お支払いいただきますと領収書を発行します。

| |
|---|
| <p>ア. 金融機関口座からの自動引き落とし 金融機関は信州うえだ農業協同組合がご利用できます。</p> <p>イ. 下記指定口座への振込 信州うえだ農業協同組合 よだくぼ南部支所 普通預金 0108431 口座名 社会福祉法人依田窪福社会</p> <p>ウ. 事業所窓口での現金払い つり銭のない様ご用意ください。</p> |
|---|

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第7条参照)*

- 利用者の都合により通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止または変更(利用時間の短縮)の申し出をされた場合、取り消し料として下記の料金をいただく場合があります。但し、利用者の体調不良等の正当な事由がある場合はこの限りではありません。

| | |
|---------------------------|----------------------|
| 利用予定日の当日9:00までに申し出があった場合 | 無料 |
| 利用予定日の当日9:00までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金 (自己負担相当額) |

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について(契約書第20条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受付します。

- 苦情受付窓口(担当者)

生活相談員

吉池 久美子

- 苦情解決責任者

管理者

児島 八重子

- 受付時間 月曜日～土曜日(但し、1月1日～1月2日を除く)

8:30～17:30

(2)行政機関、その他苦情受付機関

| | | |
|----------------------------|-----------------|-----------------|
| 国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係 | | 電話 026-238-1580 |
| 長和町保険福祉課(介護高齢者支援係) | | 電話 0268-75-2046 |
| 上田市武石地域包括支援センター | | 電話 0268-41-4055 |
| 法人内 | 依田窪福祉会(法人本部) | 電話 0268-85-2202 |
| | 依田窪福祉会居宅介護支援事業所 | 電話 0268-85-2047 |

7. 第三者による評価の実施状況

| | | | |
|-------------------|------|--------|----------|
| 第三者による評価の 実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2なし |
| | ② なし | | |

8. 緊急時の対応方法について

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

・緊急連絡先 氏名 _____ 住所 _____

電話番号 _____ 続柄 _____

携帯電話 _____

・主治医 病院 _____ 医師名 _____

電話番号 _____

9. 非常災害対策について

・災害時の対応 「緊急時マニュアル」に従い、全員で対応を実施いたします。

・防災設備 自動火災報知機、消火器、消火栓

・防災訓練 年2回実施

・防災責任者 児島 八重子

10. 事業継続計画について

感染症や非常災害の発生時において、継続的にサービスを実施するため、また、非常時の体制で早期の事業再開を図るための計画(以下「事業継続計画」という。)を策定し、従業員には必要な研修と訓練をします。

11. 虐待防止対策について

従業者による虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会を設置し担当者置き、従業者には指針に基づき研修をします。また、虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合は速やかに市町村に報告します。

12. 身体的拘束の適正化

身体拘束・対応の拘束0宣言」及び指針に基づき拘束をしない介護を目指します。緊急やむを得ない身体的拘束を行う場合には、その内容、目的、理由、拘束の時間等を記載した説明書、経過観察、検討記録などの記録の整備や適正な手続きをします。委員会を設置し担当者を置き、従業者には指針に基づき研修をします。

13. 衛生管理について

利用者の使用する施設、備品、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、医薬品及び医療機器の管理も適正に行います。施設は感染症の予防及び発生時には蔓延しないよう、委員会を設置し担当者を置き、従業者には指針に基づき研修をします。

14. ハラスメント防止対策について

1)当事業所では、職員が安全に業務を行い、適切なサービスを継続して提供するため、契約者又はその家族等からのハラスメント行為(カスタマーハラスメント及びセクシュアルハラスメント等)を防止するための措置を講じています。

1. カスタマーハラスメントに該当する行為

- ・暴力行為(叩く、物を投げる等)
- ・暴言、威圧的な言動、人格否定
- ・提供範囲外のサービス強要、長時間の叱責、理不尽な苦情の繰り返し
- ・職員の無断撮影(写真、動画、録音)及び SNS 等への投稿

2. セクシュアルハラスメントに該当する行為

- ・性的な話題の強要、卑猥な言動
- ・身体への不必要な接触、手を握る等

3. 事業所の対応

- ・状況確認のうえ、必要に応じて注意・改善のお願い
- ・継続、悪質な場合は、サービス提供方法の見直し、契約内容の調整
- ・暴力、脅迫等がある場合は、警察、行政機関と連携し必要な措置を講じます

(2)当事業所では、職員が安心して業務に従事できる健全な職場環境を確保するため職員間におけるパワーハラスメント、セクシュアルハラスメント、マタニティハラスメントなど、あらゆるハラスメントの防止に取り組んでいます。

1. ハラスメントに該当する行為

- ・人格を否定する発言、威圧的な言動、業務上必要性を欠く叱責などのパワーハラスメント

15. 個人情報について

① 当事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いにつとめるものとします。

② 事業所が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

令和 年 月

指定通所介護サービスの提供に開始に際し、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

住所 長野県小県郡長和町古町 3365-7
名称 デイサービスセンター長門
代表者氏名 管理者 児島 八重子 ㊞

説明者

所属
役職名

氏名 ㊞

私は、契約書および本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受けました。

契約者(利用者)

住所

氏名

ご家族(利用者代理人)

住所

氏名

(利用者本人との関係)

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

重要事項説明書付属文書

サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約の締結の日からご契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご契約者から契約終了の申し入れが無い場合には、契約はさらに更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由が無い限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了いたします。(契約書第15条参照)*

- ①ご契約者が死亡した場合。
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合。
- ③事業者が解散した場合、破産した場合、またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合。
- ⑥ご契約者から解約または契約解除の申し出があった場合。(詳細は以下をご参照ください。)
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合。(詳細は以下をご参照ください。)

(1)ご契約者からの解約・契約解除の申し出(契約書第16条、第17条参照)*

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解除することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前(※最大7日)までに解約届出書を提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ②ご契約者が入院された場合。
- ③ご契約者のケアプランが変更された場合。
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合。
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(2)事業者からの契約解除の申し出(契約書第18条参照)*

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ②ご契約者による、サービス使用料の支払いが3ヶ月以上(※最低3ヶ月)遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ③ご契約者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行なうことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ご利用者並びにそのご家族等関係者から「暴言・暴力、強要、性的嫌がらせなどの行為」があった場合(合わせて関係機関への通報を行わせて頂く事もあります。)

(3)契約の終了に伴う援助(契約書第15条参照)*

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行なうよう努めます。

個人情報の利用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、社会福祉法人依田窪福祉会 デイサービスセンター長門が、利用者および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で利用、提供、また収集することに同意します。

1、利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2、利用目的

(1)事業所内部での利用目的

- ①当事業所での利用者のお世話(介護)をする際に利用します。
- ②介護保険事務に利用します。
- ③介護サービスの利用に係る当事業所の管理運営業務のうち
 - ・入退所などの管理業務のために利用します。
 - ・会計、経理処理業務のために利用します。
 - ・事故、苦情などの報告のために利用します。
 - ・利用者に提供される、サービスの質の向上のために利用します。

(2)他の事業者へ情報提供を行なう場合

- ①当事業所が利用者に提供するサービスのうち
 - ・利用者が受けられる、他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答に利用します。
 - ・利用者の診療等に当たり、外部の意思意見・助言を求める場合に利用します。
 - ・家族等への心身の状況説明に利用します。
 - ・業務委託をする上で必要な場合に利用します。
- ②介護保険事務のうち
 - ・保険事務の委託で必要な場合に利用します。
 - ・審査支払い機関へのレセプトの請求に利用します。
 - ・審査支払い機関または保険者からの照会への回答に利用します。
- ③損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等に利用します。

(3)上記以外での利用目的

- ①介護サービスや、その業務の維持、改善のための基礎資料として利用します。
- ②当事業所において行なわれる学生等への実習協力に利用します。
- ③当事業所において行なわれる事例研究に利用します。
- ④外部監査機関への情報提供に利用します。

3、利用条件

- (1)個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前から、サービス終了後においても、第三者には漏らしません。
- (2)個人情報を利用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。

法人名 社会福祉法人依田窪福祉会
事業者名 デイサービスセンター長門
事業所長 児島 八重子
(事業者連絡先 0268-68-0226)

令和 年 月 日

| | |
|---------------|----|
| ご本人(利用者) | |
| 住所 | 氏名 |
| 契約者(利用者代理人) | |
| 住所 | 氏名 |
| 続柄(利用者本人との関係) | |